LA FRANCE MÉDICALE
ET
PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

...que médicale : De la médication thyroïdienne, par le Dr Ch. Abadie, 674. — Hystérie infantile en Vendée (*suite*), par le Dr Terrien (de la Vendée), 675. — **Bibliographie** : Gynécologie clinique et opératoire, par la Dr Schmeltz, 681. — **...adémie des sciences** : *Séance du* 11 *octobre* 1897. Présidence de M. A. Chatin. — Note relative aux aptitudes saprophytes du bacille de la tuberculose, à ses affinités avec le bacille du typhus et le colibacille, et aux propriétés immunisantes et thérapeutiques que possède ce bacille converti en saprophyte, ... — **Académie de médecine** : *Séance du* 19 *octobre* 1897. Présidence de M. Caventou. — La question du pain, 682. — ...itement chirurgical du glaucôme, 683. — Appendicite herpétique, 683. — Mobilisation continue, 683. — Pathogénie de la cirrhose, 684. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du* ... *octobre* 1897. Présidence de M. Debove. — Cancer de l'estomac au début greffé sur un ulcère; pylorectomie; guérison, ... — Œdème segmentaire des membres inférieurs, 684. — ...pture de l'aorte; hématome sous-pleural, 684. — Hémi-hyperkinésie névro-musculaire, 684. — Pseudo-lipomes, 685. — **Congrès français de Chirurgie**, 11e *session tenue à Paris du* 19 *au* ... *octobre* 1897. — Epithéliomes branchiogènes du cou et épithéliomes aberrants de la thyroïde (Epithéliomes para-thyroïdiens), ... — **Intérêts professionnels** : L'affaire de Charonne, 686. **Nouvelles**, 687.

CLINIQUE MÉDICALE

—

De la médication thyroïdienne (1)

Par le Dr Ch. Abadie

C'est à la suite d'opérations d'extirpations complètes du goître que Reverdin (de Genève) signale pour la première fois les effets singuliers de la suppression du corps thyroïde.

A la longue, les malades ayant subi une thyroïdectomie totale présentent des signes de déchéance intellectuelle, affaiblissement de la mémoire, de l'idéation, apathie générale, en un mot un ensemble de troubles cérébraux comparables à ceux qu'on observe dans le crétinisme. Il survient en outre une modification profonde de la nutrition, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané s'hypertrophient, prennent une teinte pâle, blafarde, et semblent œdématiés, comme dans le véritable myxœdème. Il était légitime de conclure de ces faits que chez l'homme l'ablation complète de la glande thyroïde, si elle n'entraîne pas la mort, détermine un état cachectique qui s'étend à tout l'organisme et en modifie profondément la vitalité.

Les expériences physiologiques sur les animaux concordant en outre avec ces données cliniques, la thyroïde doit être désormais considérée comme une de ces glandes vasculaires sanguines sur lesquelles Brown-Séquard a eu le premier le grand mérite d'appeler l'attention, et dont le rôle semble considérable dans le bon maintien de la nutrition.

Ceci posé, il était naturel de chercher à remédier aux états pathologiques créés par la suppression ou le défaut de fonctionnement de cette glande en introduisant dans l'organisme soit la glande elle-même, soit ses produits de sécrétion. Au début on a pratiqué la greffe de la thyroïde dont on introduisait des fragments dans certaines régions du corps. C'est ce que firent Murray et Lannelongue. Mais Gley ayant démontré que l'injection intra-veineuse ou hypodermique de suc thyroïdien, combattait efficacement les accidents morbides consécutifs à l'ablation des glandes thyroïdes chez les animaux, la médication thyroïdienne par injection hypodermique remplaça la greffe.

Enfin, Howitz, médecin danois, ayant conseillé l'ingestion de la glande thyroïde en nature, cette médication vint à son tour remplacer les autres.

Les choses en étaient là quand Bauman (1) parvint à isoler dans la glande thyroïde une combinaison organique d'iode qu'il désigna sous le nom de thyroïodine. L'expérimentation et la clinique démontrèrent bientôt que cette substance avait la même action que la glande thyroïde en nature et que c'était bien elle qui en constituait le principe actif. Récemment encore Hennig (2) déclarait n'avoir eu que des mécomptes avec les glandes thyroïdes en nature et en tablettes, tandis que la thyroïodine à la dose de 0 gr. 30 à 3 grammes par jour, suivant les cas, avait été d'une efficacité tout-à-fait merveilleuse dans certaines formes d'obé-

) Communication à la Société de médecine de Paris, séance 9 octobre 1897.

(1) *Veber das thyroïodine* (*Munchen med. Wochenschrift*, 1896).
(2) *Veber das thyroïodine* (*Munchen méd. Wochenschrift*, 1896, n°13).

sité. Il a obtenu des diminutions de poids de 1 à 5 kilos par semaine, bien que pendant le traitement les malades n'aient suivi aucun régime alimentaire particulier. Il paraît donc certain aujourd'hui que la thyroïodine étant vraiment la partie la plus active de la glande, c'est elle qu'il faudra employer de préférence quand on prescrira la médication thyroïdienne. Examinons à présent dans quel cas il convient de l'employer.

Les plus beaux succès ont été obtenus jusqu'ici dans le crétinisme et le myxœdème. Il devait en être ainsi; nous avons vu en effet que ces états pathologiques dérivant précisément de la suppression de la substance thyroïdienne de l'organisme, sa restitution devait évidemment en neutraliser les fâcheux effets.

On a essayé de l'employer dans les diverses variétés de goître et ici les résultats obtenus sont tout-à-fait différents selon les cas, quelques fois même contradictoires en apparence. Tantôt des succès éclatants tantôt des aggravations inquiétantes ont été signalées sans qu'on soit bien parvenu à discerner les cas dans lesquels cette médication convient ou au contraire est nuisible. C'est là un point délicat de clinique thérapeutique que nous allons chercher à élucider.

Dans les goîtres proprement dits, où la tuméfaction du corps thyroïde, accompagnée ou non de myxœdème, tout en étant parfois énorme, est dûe, non pas à l'hypertrophie du tissu glandulaire lui-même qui est au contraire atrophié, mais bien à une simple hyperplasie du tissu conjonctif, la médication thyroïdienne réussira toujours. C'est ainsi qu'elle a fait disparaître des goîtres volumineux qui, s'enfonçant sous la fourchette sternale et comprimant la trachée (goîtres suffocants) menaçaient d'entraîner la mort (1).

Donc toutes les fois que l'augmentation de volume du corps thyroïde qui constitue le goître existera avec une atrophie de la glande elle-même, la médication thyroïdienne sera indiquée et sera bien préférable à l'intervention chirurgicale, à l'extirpation. Celle-ci, en effet, est irrationnelle car elle fait courir le risque d'enlever ce qui reste d'éléments glandulaires thyroïdiens. Le malade, il est vrai, aura été débarrassé de sa difformité apparente du cou, mais pour devenir peut-être crétin ou myxœdémateux et se mettre dans l'obligation permanente, toute sa vie durant, d'être soumis à la médication thyroïdienne.

Par contre, dans les goîtres qui s'accompagnent d'une véritable hypertrophie de la thyroïde comme le goître exophthalmique, les effets de la médication thyroïdienne deviendront rapidement funestes.

Ici, en effet, il y a en même temps qu'hypertrophie glandulaire vraie une suractivité fonctionnelle proportionnelle à cette hypertrophie. Le malade se trouve alors dans les mêmes conditions qu'un animal qui, possédant un corps thyroïde normal, reçoit chaque j une injection supplémentaire de suc thyroïdien. Il résulte alors rapidement une faiblesse extrême, tremblement, des diarrhées profuses intermittentes,

Ces divers symptômes morbides, relevant d'une toxication de l'organisme par une sécrétion exagé du suc thyroïdien, ont fait croire que dans la mala de Basedow l'hypertrophie de la thyroïde jouait le p cipal rôle et était le véritable point de départ de la ladie. Nous avons démontré, dans un travail soumis congrès de chirurgie de l'année dernière, qu'il n était rien, que dans le goître ophthalmique l'hyper phie de la thyroïde n'était pas primitive, mais bie résultat d'une vaso-dilatation active des vaisseaux cou. Cette vaso-dilatation, maintenant en permane le calibre des artères plus grand qu'à l'état nor provoque un afflux plus grand du sang (liquide n ricier) et conséquemment l'hypertrophie de l'orga Déjà, à cette époque, nous avions conseillé d'aban ner les interventions sur la thyroïde comme inutile dangereuses. Nous avions prédit que la section du s pathique cervical au-dessous du ganglion supéri aurait pour résultat de rétablir le calibre normal vaisseaux thyroïdiens et par suite de faire rétroc le goître. C'est ce qui a eu lieu, en effet. Tous cas opérés jusqu'ici ont été suivis de succès, et doute que ce mode de traitement ne se substitue thyroïdectomie partielle et à l'exothyropexie, op tions qui ont déjà fait bien des victimes pour ne pr rer souvent, même dans les cas heureux, que des a liorations passagères.

En résumé donc, en présence d'un goître, si un d nostic ferme n'est pas encore posé, la médication roïdienne servira pour ainsi dire de pierre de touch Le goître est-il simple, vrai, avec atrophie de la roïde quel qu'en soit du reste le volume, même dan variété dite suffoquante, la thyroïodine réussira et voquera rapidement l'amendement de tous les s ptômes physiques et fonctionnels. Au contraire, dan goître exophthalmique, l'aggravation sera vite m feste. Mais pas plus dans le premier cas que dan second il ne sera opportun de toucher au corps roïde.

La médication thyroïdienne ou la section du syn thique cervical seront les traitements de choix. Dé mais donc, le chirurgien ne devra enlever la gla thyroïde que quand il s'agira de tumeurs propren dites de cet organe et non d'atrophies ou d'hyper phies.

Les considérations qui précèdent démontrent a que la médication thyroïdienne sera indiquée toutes fois que, par suite d'un processus quelconque, la gla thyroïde aura été atrophiée. Quelle qu'ait été l'ori de ce processus, les effets en seront les mêmes. ce qu'on observe dès qu'on soustrait à l'organism sécrétion thyroïdienne qui lui est si nécessaire.

Il sera dès lors utile de lui rendre artificiellemen

(1) *Guérison par le traitement thyroïdien d'un goître plongeant à la veille d'être opéré*, par Hichtwitz et Sabrazès (de Bordeaux). (*Bulletin médical*, 27 janv. 1897.)

ent indispensable à son fonctionnement normal, et clair que si les altérations de la glande sont défi- es, la médication thyroïdienne devra être conti- indéfiniment.

Hystérie infantile en Vendée

Par le Dr TERRIEN (de la Vendée),
Ancien interne des Asiles de la Seine.

(*Suite*) (1)

ERVATION. XI. — *Diabète insipide hydrurique chez un garçon de 2 ans 1/2 ; 10 à 12 litres de boisson par jour, litres d'urine ; aucune trace de sucre ; parésie hysté- à 5 ans ; rougeole à 6 ans avec cessation de la polyurie la polydipsie pendant la rougeole ; reprise du diabète ; ité névropathique accumulée.* — Pav..., enfant natu- rand'mère maternelle 55 ans, que je soigne actuelle- d'un œdème hystérique avec crises d'angine de poi- hystérique, mère hystérique ; le père, d'après les ignements, serait également très nerveux. Le grand l'est également, les tantes, les oncles du côté mater- nt tous marqués du nervosisme.

qu'à l'âge de 2 ans 1/2, l'enfant n'a fait qu'une bron- légère, mais son caractère a toujours été dès le ber- extrêment difficile. Il poussait des cris de colère fré- ment, pleurait lorsqu'on lui refusait ce qu'il deman- Jamais de convulsions, santé excellente. Quand on le isit pour la première fois dans mon cabinet (janvier , la grand'mère me déclara que l'enfant ne leur sem- pas malade, aussi avait-elle hésité à me l'amener. Il bon appétit, et s'amusait comme par le passé ; ce qui était les parents, c'était cette soif ardente survenue ement (il y avait huit jours), que rien ne pouvait her et ces mictions d'urine si fréquente. J'ai pensé tôt au diabète, mais l'analyse d'urine faite, séance ite, à la liqueur de Fehling, ne révèle pas la moindre de sucre, c'était donc du diabète insipide, mais quelle té de diabète insipide ? Etait-ce du diabète azoturique ? u diabète insipide hypo-azoturique ou hydrurique ? lyse complète nous l'indiquera tout à l'heure. Pour ant, quelle était la quantité de liquide absorbé ? 10 à res, dit la mère, 6 à 8 litres le jour et 4 la nuit. Afin pas être sans cesse obligé de se lever la nuit, pour ouner à boire, on avait soin de déposer dans le lit de nt 4 litres d'eau. Avant le lever du jour, tout était ab- , il vidait toujours son litre d'une seule fois.

reste, j'ai pu voir par moi-même jusqu'à quel point poussée cette soif ardente et contrôler l'exactitude renseignements qui me paraissaient tout d'abord d'exagération, tant le chiffre indiqué, soit des urines, du liquide absorbé, était hors de proportion, même en e diabète, avec l'âge de l'enfant.

jour que je visitais le petit malade, je priai les pa- de le laisser agir à sa guise et de ne pas le déranger s occupations. Ses occupations ne variaient guère : sans cesse et toujours. C'était une obsession. Eh dans une demi heure passée à la maison, je consta- tais que l'enfant avait pu prendre 2 litres d'eau. Quand le seau où il puisait était vide, je le vis se diriger vers un bassin où l'on déposait les eaux grasses pour alimenter les porcs, et si l'on ne s'était pas précipité vers l'enfant, cette eau sale, huileuse était absorbée. Ce n'était pas la première fois, me disait la mère, qu'on le surprenait ainsi. Il n'avait qu'une idée fixe : boire et chercher partout du liquide quel qu'il fut. On le surprit un jour, dans un champ où il s'était rendu pour accompagner ses parents occupés à labourer, on le surprit, dis-je, urinant dans un verre pour boire son urine. C'était du liquide, cela lui suffisait, tant le besoin de boire était impérieux.

Quelle était la quantité d'urine rendue par jour ? Il est difficile de le savoir d'une façon exacte ? Les parents la portent bien à 8 à 10 litres, en se basant sur ce qu'il urine la nuit. C'est un robinet continuel, disent-ils. En effet, à une de mes visites, je demande de l'urine dans le but de la faire analyser. « Il vient d'uriner » me répond la mère. Je manifeste mon ennui. « Oh ! que cela ne vous contrarie pas, nous allons lui donner à boire, il urinera aussitôt. C'était la vérité, je puis recueillir sur le champ 400 grammes d'urine. Donc, polyurie et polydipsie très prononcées chez cet enfant de 2 ans 1/2, 3 ans. Mais quelle sorte de polyurie ? L'examen des urines fait par M. Bertault, chef du laboratoire agricole départemental, nous le fait connaître. Cette première analyse pourtant est assez incomplète.

Urine d'une limpidité parfaite, sans dépôt, presque pas plus colorée que de l'eau.

Densité : 1.002.

Réaction : très faiblement acide.

Urée : 1 gr. 28 par litre ; 10 à 12 gr. en vingt-quatre heures.

Acide urique : néant.

Pas d'éléments anormaux (sucre, bile, albumine).

Examen microscopique : rien.

Résumé. — Urine sans éléments anormaux, mais avec excès d'eau absolument exagéré.

La polyurie (diabète insipide) est nettement caractérisée dans toute son intensité,

Cette analyse, de plus, nous indique une diminution de moitié du chiffre normal de l'urée 1 gr. 28 par litre, 10 à 12 grammes en vingt-quatre heures. Il y a donc de l'hypo-azoturie.

Ainsi, nous nous trouvons en face d'un diabète insipide hypo-azoturique, le diabète hydrurique.

Une seconde analyse, que nous trouverons plus loin, nous fournira des données plus complètes sur les autres éléments de l'urine : chlorures, phosphates.

Outre ces sympômes fondamentaux, soif ardente, urine abondante, sans sucre, et sans augmentation d'urée qui nous suffisent dès maintenant pour classer le genre d'affection et en faire du diabète insipide hydrurique, quels sont les autres symptômes présentés par l'enfant ? Il n'y a pas de polyphagie, le bébé songe plutôt à boire qu'à manger, cependant il prend une nourriture suffisante. Son appétit est ordinaire, sa langue n'est pas sèche, mais un peu blanche ; l'estomac est dilaté, le ventre est ballonné, coliques fréquentes, constipation.

On constate dans la première année de sa maladie un peu d'amaigrissement, un peu de faiblesse musculaire, la face est pâle, le pouls est un peu plus fréquent qu'il ne doit être, et petit ; la température n'est pas abaissée.

Quelle était la nature de ce diabète insipide hydrurique ?

(1) V. *France médicale*, 1897, n° 42, p. 657.

Etait-ce un diabète de nature hystérique? La tare héréditaire dont cet enfant était frappé pouvait m'y faire penser. Cependant, les données étaient encore insuffisantes (car pas des tigmates hystériques) pour porter un diagnostic précis. Quelques accidents survenus plus tard nous apporteront de nouveaux éléments de discussion. Essayer de faire de la suggestion à cet âge, je n'y devais pas songer. Ne pouvant en faire sur l'enfant, j'en fais une bien mauvaise, je l'avoue, sur les parents. Je leur commande d'exercer une surveillance active, de ne pas le laisser boire toutes les fois qu'il le demanderait. Le résultat fut le suivant. L'amaigrissement s'accentue aussitôt, le caractère de l'enfant s'assombrit, puis ce sont des pleurs continuels, les douleurs du ventre ne font que s'accroître. Je m'empresse de réparer ma faute, je lève la punition, la gaieté revient et l'enfant reprend sa physionomie habituelle.

En juin 1894. L'enfant est pris subitement d'une fièvre violente (P. 180; T. 41). Malgré l'administration du sulfate de quinine, la fièvre persiste pendant dix jours. Facies non typhique, pas de gargouillement, pas de diarrhée, rien à la poitrine. L'enfant boit moins. Je n'ai pas fait faire l'analyse de l'urine à ce moment, mais elle était comme toujours très limpide, d'une coloration un peu plus foncée cependant; la diminution de la polyurie et de la polydipsie était loin d'être aussi marquée que celle que nous constaterons tout à l'heure pendant la rougeole de l'enfant. La fièvre tombe en deux jours. Il n'y a pas, à proprement parler, de période de convalescence, l'enfant reprend vite sa vie ordinaire et avec ses mêmes habitudes.

Quelle était la nature de cette fièvre? Il faut convenir que son début, sa marche, sa terminaison brusque n'offrent guère le tableau ordinaire de la fièvre typhoïde, elle n'était pas intermittente non plus. Etait-ce une fièvre grippale? Etait-ce une fièvre hystérique. La question me semble assez difficile à résoudre. Combien de fois, chez les hystériques se trouve-t-on aux prises avec les mêmes difficultés. Ce sont à coup sûr les malades qui exigent du médecin l'observation la plus attentive, la plus minutieuse et qui, malgré cette attention, entraîneront le plus aisément des erreurs de diagnostic.

Nous nous trouvons six mois après (février 1895), en face d'un accident qui, lui, du moins, ne laissera aucun doute, ne permettra aucune hésitation sur sa véritable nature. L'enfant tombe paralysé de la jambe droite. Cette paralysie survient en deux jours sans que l'état général de l'enfant paraisse s'aggraver. Il marche en traînant la jambe. Anesthésie de la plante du pied qui est absolument insensible aux piqûres, hypéresthésie à la partie supérieure de la cuisse et à la hanche. Cette fois nous nous trouvons nettement en face d'une paralysie hystérique, les réflexes sont conservés. Au bout de cinq jours tout avait disparu. Nous savons donc que notre *diabétique* est un *hystérique*.

A ce même moment on me signale que l'enfant avait absorbé d'un seul trait, le matin de ma visite, un litre de vin, sans paraître incommodé, sans donner aucun signe d'ivresse.

Je n'entendais plus parler de notre petit malade, lorsque le 18 mai de cette année, j'écrivais aux parents de me l'amener, j'étais curieux de savoir ce qu'il devenait.

Je vis un enfant qui n'avait plus l'aspect chétif qu'il présentait dans les deux premières années de son affection : il était très bien développé pour son âge. Faciès coloré, n'indiquant nullement la souffrance, il va à l'école son village, il apprend bien. Mais ce sont toujours mêmes misères, la soif est aussi ardente, qu'autref personne n'est plus étonné de voir entrer l'enfant d les maisons qui avoisinent l'école. (Il habite à une taine distance de l'école). On sait d'avance ce qu'il vi chercher. On lui présente de l'eau ; son instituteur le la boire à discrétion.

Je fais faire par M. Bertault une seconde analyse d voici le résultat. Cette analyse est plus détaillée que première.

20 mai 1897 :

Urine absolument sans couleur, limpide, sans dépôt.

Densité à + 15° = 1.002.

Réaction très faiblement acide.

Urée par litre : 1 gr. 09; par vingt-quatre heur 10 gr. 90.

Acide urique : très légères traces.

Acide phosphorique : 0 gr. 153; par vingt-quatre heu 1 gr. 53.

Acide sulfurique : 0 gr. 250; par vingt-quatre heu 2 gr. 50.

Chlorure de sodium : 0 gr. 410 ;par vingt-quatre heu 4 gr. 10.

Chaux : 0 gr. 005 ; par vingt-quatre heures : 0 gr. 05

Magnésie : traces.

Azote total : 0 gr. 508 ; par vingt-quatre heures : 5 gr

Sucre, albumine, peptone, bile : néant.

Examen microscopique : rien.

Dépôt : nul.

Résumé. — Cas de diabète insipide des plus caracté — Pas d'éléments anormaux. — Urée n'atteint pa moitié de la quantité normale en vingt-quatre heure Acide phosphorique en vingt-quatre heures : dos peu au-dessous de la normale. — Chlorure de sodiu moitié de la dose normale. — Chaux et magnésie : presque nulle.

Le 15 juin 1897. L'enfant est pris de rougeole fièvre violente (il y avait une épidémie de rougeo Saint-André, son village), la polydipsie n'existe l'urine est de beaucoup diminuée, moins cependant qu l'est la soif, il urine un peu plus qu'il ne boit : « Je plus soif, me dit-il. » J'en profite pour faire de la sug tion : « La rougeole va te guérir de ton ancienne mala lui dis-je, désormais tu n'auras plus envie de boire. résultat ne fut pas heureux. A peine sa rougeole, sa fi disparue il recommença (23 juin) à boire comme pa passé.

Pour résumer : Enfant portant une tare héréditaire profonde, présentant à 4 ans une paralysie hystérique nette. Six mois avant une fièvre très violente qui quinze jours et qui n'a aucun caractère de la fièvre phoïde, fièvre peut être hystérique. C'est donc bie *hystérique* que nous avons devant nous, ainsi que l'ind la paralysie, sans parler de cette fièvre sur la natur laquelle je ne puis me prononcer.

Nous avons ici de l'hystérie. C'est un point acquis. jeune hystérique est atteint de plus d'un diabète insip hydrurique, tel qu'il est rare d'en voir à cet âge d'auss centué. D'après mes recherches, je ne trouve pas un qui soit cité dans la science où l'on signale à deux an demi une si grande quantité d'urine rendue, de liq absorbé.

iabète, sans parler pour l'instant de sa nature, hysté- ou non, présente certaines particularités intéres-. Voilà deux ans qu'il existe sans interruption, sauf ment de sa rougeole et notre petit malade ne s'en pas plus mal. Il grandit et à part quelques accidents és, accidents qui n'impliquent en rien une débilité ganisme, il jouit d'une excellente santé. Au début de ffection, on pouvait craindre une issue fatale pro-; car l'enfant était devenu pâle, avait maigri et indi- déjà un peu de faiblesse musculaire, puis la santé du garçon s'était vite améliorée, il semble s'être habitué ainsi dire, à sa maladie. Aujourd'hui c'est un enfant ans et demi fort bien constitué et également bien ppé au point de vue intellectuel.

ousseau et Roger considéraient le diabète insipide rique comme très grave chez l'enfant et causant ment la mort après un délai variable qui ne dé- it pas trois ou quatre ans. Notre petit diabétique entir cette assertion, puisqu'il est atteint depuis e ans de son affection et qu'il se porte beaucoup x que dans la première période de sa maladie.

près Erhardt qui a réuni dans un travail se 96), un certain nombre de cas, la soif chez l'hy- que serait moins ardente, l'urée serait rendue la journée en quantité normale, il y aurait aug- ation de chlorure, ce serait une chlorurie. Les analyses faites par M. Bertault semblent donner résultats absolument contraires chez notre petit le. La soif est poussée à un tel degré qu'il boira des grasses, de l'urine même, s'il ne peut satisfaire ment sa soif. L'urée est diminuée de moitié. Nous ouvons donc pas appeler ce diabète un diabète rique, chlorurique ainsi que le voulait Erhardt. rait un diabète *hypoazoturique*, *hypochlorurique*. être faut-il voir dans cette diminution du résidu e 22 à 25 gr. au lieu de 60 à 65, chiffre normal ngt-quatre heures, l'explication d'une santé main- e excellente, malgré une affection considérée ne grave, le plus souvent mortelle.

reste un dernier point à examiner. Ce diabète rique chez notre enfant hystérique est-il de nature érique. Ou est-ce un diabète hydrurique chez un érique, une association de 2 maladies distinctes?

cas à peu près analogue rapporté par Grand à la été de médecine a fait l'objet d'une discussion. Grand son petit malade de 8 ans qui présentait polyurie assez abondante (6 à 8 litres par jour) et été guéri après une courte séance d'électricité bien un hystérique, mais la polyurie à son point ue ne devait pas être rattachée à la névrose. Pour toli c'était bien un diabète hydrurique hystérique, aison de cette guérison, vraiment trop rapide, dûe emment à la suggestion. Pour moi, dans le cas de id, la nature hystérique de l'affection ne semble faire de doute.

erre Erhardt dans sa thèse (1896) conclut que la urie hystérique peut exister en dehors de tout autre stigmate constituant ainsi une hystérie mono-symptomatique.

La polyurie chez notre petit hystérique est-elle de nature hystérique? Une suggestion sans hypnose, suggestion par conséquent imparfaite, a été essayée. Cette suggestion n'a pas eu de résultat, mais nous savons que la suggestion chez les hystériques en bas âge même faite pendant le sommeil hypnotique donne des résultats très souvent négatifs. Aussi malgré cet insuccès du traitement psychique, j'incline à penser que c'est à un diabète hydrurique hystérique que nous avons affaire.

Je m'appuie pour cela sur la tare héréditaire, sur la paralysie nettement hystérique présentée dans le cours de l'affection diabétique, sur les caractères de cette hydrurie, enfin sur l'état général du petit sujet, qui se maintient excellent, nous l'avons vu, malgré une hydrurie si abondante et de date déjà si ancienne.

Observation XII. — *Diabète insipide chez un enfant de 22 mois; durée : cinq mois; sueurs abondantes succédant à cette hydrurie; tare nerveuse; tempérament excessivement nerveux.* — C'est également un bâtard, celui-là, comme le diabétique précédent. Son père est inconnu, sa mère est très nerveuse, la grand'mère l'est encore davantage, de même les tantes et oncles qui sont tous d'un caractère bizarre, marqué quelque peu de dégénérescence.

Septembre 1892. Depuis quinze jours la grand'mère remarque que l'enfant boit beaucoup et urine beaucoup, ce n'était pas, certes, une soif aussi violente que celle notée dans l'observation précédente, cependant le bébé buvait 6 litres environ. Pour l'urine, la mère ne peut donner même un chiffre approximatif; est-ce 4 litres, 5 litres, elle ne le sait, mais à chaque instant le bébé urinait, c'est tout le renseignement que je pus obtenir. On comprend aisément l'impossibilité qu'il y a à recueillir toute l'urine de la journée chez un enfant de cet âge, d'autant qu'il paraissait avoir une intelligence assez obtuse pour songer à lui faire comprendre qu'il fallait uriner dans un vase; mais il urinait presque autant qu'il buvait, voilà un fait certain; son urine est claire, limpide, ne donne pas l'odeur ammoniacale et pas de dépôt, même après un séjour de plus d'un mois dans un récipient. On dirait absolument de l'eau de source. Pas la plus légère trace de sucre. C'est donc encore un cas de diabète insipide. Malheureusement je n'ai pas l'analyse complète de l'urine, c'est pour cela que mon observation sera très brève; je remettais toujours au lendemain cette analyse, et il est arrivé ceci : c'est que l'enfant m'ayant surpris par une guérison subite, à laquelle je ne m'attendais guère, je n'ai pu faire faire l'analyse comme j'en avais l'intention au début.

Pendant ce diabète, l'appétit de l'enfant était normal, le faciés était un peu pâli mais non amaigri; ventre ballonné. Cet état a duré cinq mois, puis sans qu'on sache pourquoi, tout d'un coup, la soif a disparu et la polyurie a baissé aussitôt avec la polydipsie. Je n'ai plus revu l'enfant. Il y a deux mois, étant appelé dans le village habité par le bébé, je trouve la grand'mère qui me parle de mon ancien malade « son affection ne s'est pas reproduite, mais je crois bien, ajoute-t-elle, que son urine s'est changée en sueurs, car nous sommes obligés de changer son linge 4 ou 5 fois

par jour ; hiver comme été ses habits sont imbibés comme si on les plongeait dans l'eau ; mais il ne boit pas comme autrefois, quoique buvant davantage que les autres enfants.

Ce cas ressemble assez à celui d'un homme de 50 ans à qui j'ai donné mes soins, qui a présenté un diabète insipide hydrurique hystéro-traumatique, le diabète survenait subitement, après une chute à terre (il avait été terrassé par un bœuf), manifestation évidemment hystérique. Dans le cours du diabète il survenait des crises de sueurs vraiment extraordinaires, pendant lesquelles l'urine diminuait d'une façon notable.

Pour revenir à mon petit malade, j'en fais un diabétique hystérique, ces sueurs également sont pour moi peut-être de nature hystérique.

Observation XIII. — *Coxalgie hystérique chez un jeune garçon de 7 ans ; guérison au bout de un mois et demi.* — C'est le frère de la petite J... de l'observation VI. On s'aperçoit un jour qu'il boite en marchant, la cause de cette claudication semble pour les parents résider dans la hanche droite, on le conduit dans mon cabinet et voici les constatations qu'il m'est donné de faire : douleurs vives à la pression, au niveau du grand trochanter, du sacrum et de l'aine.

Cette douleur s'irradie le long de la cuisse à la face antérieure.

Le pli fessier n'est pas au même niveau que le pli fessier du côté opposé. Une légère ensellure lombaire existe. Quand je veux faire mouvoir la cuisse, l'enfant crie que je lui fais mal. Je n'entends pas de craquements. L'article est donc libre. Claudication très accentuée. C'est donc bien, à part l'absence de craquements, le tableau de la coxalgie organique. Et pourtant l'évolution de la maladie, sa terminaison heureuse au bout de deux mois, indique nettement, malgré l'absence de stigmates, que nous nous trouvons en face d'un phénomène hystérique. Du reste, l'hérédité est là, l'hérédité névropathique et non tuberculeuse, la sœur ayant présenté de la pseudo-méningite (observation VI) et de la pseudo-coxalgie. Et puis un an avant cet accident de pseudo-coxalgie, cet enfant a eu de l'œdème de la jambe avec douleurs vives le long du tibia. J'avais cru à de l'ostéite, lorsque, à mon grand étonnement, œdème et douleur avaient disparu. Evidemment c'était une manifestation hystérique. Depuis cette époque, l'enfant s'est bien porté. Il a actuellement 12 ans, c'est un petit garçon fort et vigoureux qui commence déjà à aider ses parents dans les travaux du labour.

Observation XIV. — Fillette de 7 ans. Etouffements nerveux. Enrouement nerveux.

A 14 ans, après une tentative de viol, crises de sommeil, aboiement nerveux, accès convulsifs.

Plusieurs fois on avait conduit la fillette à ma consultation, un jour c'était pour des étouffements qui inquiétaient les parents, étouffements survenant par accès dont la durée variait de huit à quinze jours. D'autres fois, c'était pour un enrouement très prononcé qui faisait craindre le croup à la famille. En raison de l'hérédité nerveuse de l'enfant (grand'mère maternelle hystérique avec crises, mère et tantes maternelles excessivement impressionnables, névropathes), j'avais porté le diagnostic : étouffement, enrouement hystérique. Diminution de la sensibilité du pharynx.

Il y a 8 mois (septembre 1896), un fournisseur vint dans la maison où elle servait comme petite bonne d'enfant, et essaie, en l'absence de ses maîtres, de la violer. Aux cris de la petite fille, on accourt et le viol n'est pas consom mais 2 heures après, on trouve l'enfant couchée et pro dément endormie ; sa maîtresse a beaucoup de peine faire sortir de ce sommeil. Les étouffements qu'elle a sentés à 7 ans se reproduisent avec une plus grande in sité ; l'enfant, le visage anxieux, la bouche démesuré ouverte, le corps plié en deux, les mains crispées s'ac chant aux meubles, essaie, en se débattant, d'avoir large respiration qui ne vient pas. A cette période de ses, caractérisées par des étouffements, période qui un mois, a succédé une autre période marquée par des nomènes bruyants ; toutes les heures environ, elle se à pousser des cris aigus, tellement aigus qu'il était fa de les entendre à une grande distance. Quand l'enfant venir sa crise, elle se jette aussitôt à terre, et là, la bou largement ouverte, elle laisse échapper de véritables ab ments qui, la nuit, réveillent les gens du quartier. Pa compression des ovaires, j'arrive à arrêter la crise ; pa suggestion, je l'ai supprimée totalement.

Cette fillette a, paraît-il, en ce moment de grandes cr avec chute à terre, perte de connaissance, mouvem convulsifs. On n'a pas voulu me faire appeler parce que parents s'imaginent qu'elle tombe « d'un haut mal qu'elle n'a pas besoin, par conséquent, du secours in de son médecin.

Observation XV. — *Enfant de 1 an, crises d'hystérie ; vulsions toniques, cloniques, sans aura, sans sommeil co cutif.* — Hérédité maternelle et paternelle. Père alcooli mère nerveuse, tante maternelle hystérique.

L'enfant, jusqu'à 1 an, n'a rien présenté de particu la dentition s'est bien effectuée sans trop de fatigue ; s générale excellente. Pas de constipation, pas de diarr l'enfant est nourri au sein. A l'âge de 1 an, il a sa prem crise ; les membres se raidissent, les yeux sont convu en haut, la face est violacée. Puis les convulsions cloni apparaissent ; au bout de 2 minutes, la crise cesse et fant se met tantôt à rire et tantôt à crier. Pas de coma cédant à l'agitation. Lorsque j'arrive la première fois voir l'enfant, la seconde crise venait de se terminer, trouve un beau bébé qui, certes, ne paraissait nullement s frir, il s'amusait sur son berceau. Je réserve mon diag tic : était-ce une crise due à la dentition ? Etait-ce une due à quelques lombrics ? Etait-ce une crise d'hy rie ou d'épilepsie ? Le réveil, à coup sûr, n'était pas de l'épilepsie, je devais vite l'éliminer ; le lendemain me rappelle, une nouvelle crise s'était produite ; pen ma consultation, nouvel accès en tout semblable à que j'ai décrit plus haut. Puis ces mêmes crises se répè Depuis 3 ans, les accès n'ont pas reparu. L'enfant, très telligente, a un caractère très irritable, très émotif, p rant pour les plus futiles motifs ; elle a des terreurs turnes, se jette subitement hors de son lit, croyant voi bêtes qui viennent la dévorer, etc. La recherche des mates hystériques ne donne pas de résultats ; les crise répétant tous les mois, pendant un an et demi, dan forme que j'ai décrite plus haut, le caractère de l'enfan tare héréditaire, tout plaide en faveur de la névrose.

Observation XVI. — *Somnambulisme hystérique ; à distance.* — Enfant de 13 ans. C'est avec une cert timidité que je trace l'histoire de cette malade, mai clinicien qui a observé doit dire tout ce qu'il a vu, si e

naires, si invraisemblables même que paraissent les nomènes offerts à son observation, surtout s'il les a étu scrupuleusement avec toute l'exactitude scientifique la rigoureuse.

ns mon travail sur *l'hystérie en Vendée* (*Arch. de ologie*, n° décembre 93), j'avais, à propos d'une grande érique, ayant présenté successivement contractures, ité, cécité hystérique, raconté le fait suivant; je cite ellement :

Un jour que la jeune fille était étendue, malade, dans lit, elle aurait raconté dans tous ses détails à sa sœur oyage que faisait en ce moment sa mère, lui disant ent qu'elle avait emporté, les personnes qu'elle avait ontrées dans le cours de ce voyage, le cadeau qui lui fait (deux rosiers ayant chacun une rose épanouie) nd la mère rentra, la sœur ne put s'empêcher de rire, oyant à la gare d'arrivée sa mère portant les deux ro- à la main, et en lui entendant raconter toutes les pé- ties d'un voyage qu'elle connaissait déjà. Il m'est, il est , ajoutais-je, impossible de garantir l'exactitude de ce que je mentionne sous toutes réserves. »

oilà ce que j'écrivais en 93. Etais-je convaincu? Evidem- nt non; les réserves de la fin l'indiquent suffisamment. endant, je n'avais pas cru devoir omettre dans la des- tion de la vie pathologique de ma malade ce fait étrange, tant qu'il m'était rapporté par la sœur témoin, femme lligente, à l'esprit cultivé, et dont la bonne foi ne devait re être suspectée.

ans l'observation qui va suivre, on trouvera la confir- ion de ce fait, et le cas, nous le verrons, semble pro- t; et, de profond sceptique que j'étais, je suis obligé ourd'hui de me convaincre; bien qu'il m'en coûte en- , je suis obligé de croire que les phénomènes de vision istance existent réellement, sans cela je ne vois pas ment on pourrait expliquer les faits dont j'ai été le té- in, où toute supercherie, nous le verrons, doit être écar-

stelle S..., 13 ans, a une mère nerveuse, un père intel- nt, mais ayant présenté à l'âge de 30 ans de la mélan- ie avec idées de persécution, puis de persécuté il était enu persécuteur et avait menacé de tuer son maître.

ntécédents personnels : Rien à noter dans sa première 'ance. A 10 ans, elle est atteinte de diphtérie grave, elle intelligente, a acquis une assez bonne instruction pri- ire. A 13 ans, elle entre en apprentissage comme tail- se, et c'est grâce à cette circonstance qu'il m'a été per- s d'examiner la fillette. Il est d'usage à la campagne que ouvrières travaillent chez les particuliers. Ainsi, elle n'é- t pas venue chez moi comme malade, elle était pour tra- iller à la couture. Sa maîtresse, après le déjeuner, dé- re qu'elle a sommeil; « J'ai également sommeil, dit la ette. » A peine a-t-elle prononcé ces mots qu'elle s'en- rt; lorsque sa maîtresse se réveille, après quelques ins- nts, elle secoue la jeune Estelle pour la remettre au tra- il, impossible de la tirer de son sommeil; c'est à ce oment qu'on m'appelle dans la chambre de travail. Je ouve la petite dormant profondément, elle est insensible x piqûres, les membres soulevés retombent inertes, ils nt en résolution complète. Je lui parle à l'oreille, elle ne pond pas. C'était du sommeil hystérique. Après une heure un calme complet, la malade, toujours couchée, commence se plaindre, elle pleure, elle a peur, elle a évidemment s hallucinations terrifiantes, puis elle se lève brusque- ment de son siège, se met à chanter, à danser, toujours les yeux clos. Elle parle, elle parle avec une volubilité extraordinaire. On l'interroge, elle semble ne pas entendre, ou du moins, elle continue son thème commencé sans se préoccuper de la question posée, à moins que cette question présente quelques rapports avec le sujet qui la préoccupe. Mais voici où son histoire commence à être intéressante. J'avais, depuis plusieurs jours, égaré des clefs qui m'étaient indispensables, alors voici ce que la fillette raconte dans son sommeil : « Tu as perdu la clef de ta caisse (quand elle dort, elle tutoie tout le monde, et appelle chacun par son petit nom de baptême), tu en as eu besoin pour payer une traite, il t'a fallu aller chercher le serrurier, etc, je la vois, cette clef, elle tient à un anneau, c'est la plus grande clef d'un trousseau qui en contient trois, les deux autres sont plus petites, je vois une petite qui paraît mieux que la grande. » Elle ajoute ensuite d'autres détails qu'il serait trop long d'énumérer, et il arriva ceci, c'est que tous ces détails étaient absolument exacts. En effet, je me souvenais que j'avais eu l'idée de mettre mes clefs en lieu sûr pour les soustraire aux regards d'une jeune bonne. Estelle me rappela ce fait, et au moment où l'on m'apportait la traite, je ne pus me souvenir dans quel endroit j'avais serré mes clefs.

J'étais absolument stupéfait, d'autant que c'était la première fois que la fillette venait chez moi, et qu'évidemment je n'avais pu confier à qui que ce soit les renseignements précis qu'elle venait de si bien exposer.

Autre détail : Elle continue « Tu arrives de Chauché voir des malades, tu en as vu quatre au lieu d'un qui t'avait fait appeler ». C'était encore exact.

En face de révélations si surprenantes, je devais chercher évidemment à poursuivre l'expérience.

Je prends discrètement son mouchoir et vais pour le cacher d'abord dans la salle à manger, ensuite dans le berceau de mon enfant; ne trouvant pas la cachette assez sûre, je l'enfouis sous des papiers dans une caisse au fond de la cuisine. Et je reviens près de ma petite hystérique. Au bout de quelques minutes, elle trouve l'absence de son mouchoir, sort alors précipitamment de la chambre de travail, traverse, — les yeux fermés, — un long couloir, et pénètre brusquement dans la salle à manger, va directement au berceau de l'enfant, puis s'en éloigne aussitôt, elle se dirige ensuite dans la cuisine auprès de la caisse, soulève un amas de papiers et de chiffons, retire son mouchoir et retourne, en courant, dans la chambre qu'elle venait de quitter.

Je lui prends alors sa broche, fixée à son corsage, et vais la poser derrière la pendule du salon; quelques instants après, elle s'aperçoit de la disparition de sa broche, elle se lève d'un bon et va directement au salon, puis à la pendule d'où elle retire la broche que j'y avais cachée, et cela sans hésitation aucune quoique le salon était obscur, les volets étant fermés. Et c'était la première fois qu'elle venait chez moi, elle ne connaissait pas l'appartement, j'étais donc étonné de la voir se diriger vers la pendule avec une si grande sûreté. Sur la cheminée, il y avait plusieurs bibelots, aucun n'a été renversé. Ce qu'elle m'avait raconté tout à l'heure m'avait, je l'ai dit, stupéfait, ce qu'elle venait de faire ne m'étonnait pas moins.

Il est inutile d'aller plus loin et de citer d'autres expériences qui, toutes, semblent indiquer chez notre jeune hystérique une vision à distance très nette dont il m'est

difficile de nier l'existence, il semble qu'elle lisait les pensées qui occupaient mon cerveau.

Car ici, je le répète, pas de supercherie possible, il n'y avait que deux acteurs dans ces diverses scènes, elle et moi, la malade et le médecin, et un médecin très sceptique sur cette matière qui ne voudrait pas croire parce qu'il ne comprend pas. C'est dire le soin, l'attention que j'apportais dans mes expériences.

J'ai assisté cette malade durant 5 ou 6 crises de ce sommeil hystérique, chaque crise durant cinq ou six heures environ, c'était toujours le même tableau. — 1re phase : sommeil calme sans paroles, membres en résolution, anesthésie complète. — 2e phase : La malade commence à s'agiter, elle est sous le coup d'hallucinations, elle pleure, elle rit, elle parle avec une plus grande facilité d'élocution qu'à l'état normal. Si un sujet la préoccupe à l'état de veille, c'est ce sujet qu'elle abordera tout d'abord. Elle ne répond pas aux questions posées. — 3e phase : Ce sont alors de grands mouvements, elle danse, court d'une chambre à l'autre, tantôt les yeux ouverts, tantôt, et plus souvent, les yeux fermés, elle se conduit partout avec la plus grande aisance, sans se heurter aux obstacles qu'elle peut rencontrer sur sa route. Elle cite des faits dont elle n'a nulle souvenance après le sommeil, telle l'histoire de la clef que j'ai rapportée plus haut, elle ne sait pas ce que je veux lui dire quand je lui parle de ces clefs dont elle donnait si bien, tout à l'heure, la description. Elle est grossière, ordurière (coprolalie) pendant son sommeil, elle est très douce, très timide d'ordinaire.

Que conclure? Il m'est impossible, après cette constatation, de nier que la vision à distance existe. Ces deux exemples le prouvent, celui que j'ai rapporté dans les archives de Neurologie, et que mon frère a rappelé dans la thèse : *Hystérie en Vendée*, et ce dernier cas, plus probant encore, et certain celui-là.

Essaierai-je de l'expliquer? Ne le comprenant pas, je ne puis tenter de donner une explication satisfaisante. Du reste, en face des phénomènes présentés par l'hystérique on se trouve le plus souvent en face des mêmes difficultés.

Comprend-on aisément comment en frappant sur l'épaule d'un hystérique qui est à l'état de veille et en lui déclarant qu'il ne peut plus remuer son bras, on puisse entraîner immédiatement la paralysie. On constate le fait, mais pour l'expliquer et donner par le simple commandement, par exemple, la vision à une hystérique qui l'a perdue, on ne peut recourir qu'à des hypothèses et, seraient-elles vraisemblables, elles ne sont toujours que des hypothèses. Tout est donc étrange, presque mystère dans l'hystérie. Cette dernière observation en est une preuve nouvelle.

Observation XVII. — *Hystérie et dégénérescence mentale*; *vomissements hystériques incoercibles*; *peur du tambour et du violon*; *guérison des vomissements par suggestion*; *persistance des autres manifestations*. — C..., âgée de 7 ans, est amenée dans mon cabinet. Elle n'a point une physionomie intelligente, front fuyant, crâne asymétrique. Elle présente des signes physiques de la dégénérescence. Sa mère qui me donne les renseignements semble avoir, elle aussi, un niveau intellectuel peu élevé. Cette petite f vomit depuis un mois. A peine ingère-t-elle un aliment, s estomac le rejette aussitôt, l'appétit pourtant est excelle la langue n'est pas très chargée, les selles sont régulièr Comme stigmates d'hystérie (car je pensais à des vomis ments hystériques) je n'en trouve pas. Cependant les vom sements étaient bien hystériques, car je plonge l'enf dans le sommeil hypnotique, je lui défends de vomir, e m'a obéi, les vomissements ont disparu. J'essaie égalem de supprimer les craintes qu'elle avait du tambour et violon, sur ce point je n'ai pu réussir. Sa mère me raco tait qu'elle ne pouvait supporter le bruit de ces instrumen elle jetait alors des cris et courait se renfermer dans chambre. Ce résultat confirme bien ce que j'avançais da une précédente étude sur l'hystérie. La suggestion da l'hystérie est le traitement par excellence, mais dans autres affections nerveuses ou mentales, elle est presq toujours sans effet. Les vomissements, chez cette enfa ont reparu deux ans après. Le même traitement emplo a été suivi du même résultat.

Observation XVIII. — *Chorée rythmique chez un enfa de 8 ans*; *paralysie spinale atrophique*. — Je ne pour dire que quelques mots sur ce cas pourtant intéressant, ne retrouve que des notes absolument incomplètes sur malade. Si j'en fais mention, c'est parce que cet enfant p sente un bel exemple d'hystérie associée à une affecti organique.

Voici les quelques notes recueillies sur ce petit garç amené de loin, et rencontré une seule fois dans m cabinet.

Août 1894. Garçon de 8 ans. Paralysie à 2 ans 1/2. Atr phie consécutive de la jambe droite, déformation du pi (pied bot varus équin). A 8 ans, il présente de la cho rythmique, mouvements saltatoires, il danse sur place d heures entières sans qu'il soit possible de l'arrêter. Qua il commence sa danse, c'est un balancement de tout corps, mais balancement régulier. Pas de réflexes phary giens, il a eu fréquemment des crises de dyspnée avec to croupale. Nous trouvons donc ici association de chorée h térique avec affection médullaire.

Conclusions. — J'aurais pu ajouter bien d'autres o servations, mais je devais me limiter. Je tenais su tout à signaler les cas les plus intéressants parmi ce qu'il m'a été donné d'étudier pendant cette période huit années passées en Vendée et, avant tout, je voulais présenter que des malades dont l'hystérie pouvait être mise en doute. Car, en raison de la dif culté très grande, de l'impossibilité qu'on a souvent démasquer les stigmates de la névrose, chez l'enfa l'incertitude du diagnostic est plus fréquente ici q partout ailleurs et, si cette insuffisance de stigmat révélateurs éclate à chaque pas dans le cours de travail, en tête de mes observations, j'ai su, du moi relever une série de faits se succédant chez le mê enfant à plusieurs années de distance, devant entraî la certitude du diagnostic là où le premier accide pris isolément, pouvait le rendre fort discutable tout au moins appelait quelques réserves.

Ainsi l'exercice de la médecine à la campagne, milieu des inconvénients sans nombre qu'il présent

re cet avantage qui, dans la pathologie nerveuse, particulièrement appréciable : on peut suivre longps son jeune malade, on le voit naître, grandir, on le perd pas de vue, surtout dans ce coin de la Vene où presque chaque habitant a sa maison à lui, son in de terre qu'il cultive ; à ce sol qui l'a vu naître reste profondément attaché, si un instant il s'en igne, c'est pour y revenir à la première occasion ; jourd'hui vous le voyez dans un petit village, dans elques années vous le retrouverez sous le même toit sous un toit très voisin. C'est dans le tempérament ndéen.

Je me hâte de conclure, et mes conclusions, je dois le re dès maintenant, seront en partie conformes à lles qui sont généralement acceptées aujourd'hui.

1° *L'hystérie existe chez les enfants à tous les âges* ssi bien chez le nouveau-né et à la première enfance, à la seconde enfance et dans l'âge qui précède la puerté. Ce point n'est plus discutable, aussi je n'insiste s. Du reste, sur 18 cas d'hystérie relatés ici, nous en ouvons 8 au-dessous de 4 ans et autant de garçons ue de fillettes.

2° *Elle est aussi fréquente que chez les adultes.* L'est-elle davantage? Je ne saurais le dire.

L'impressionnabilité plus grande dans un cerveau ncore rudimentaire que la raison ne dirige pas, où resque tout est soumis à l'instinct, plaiderait, il me emble, assez dans ce sens. Et cependant, il faut avouer, l'occasion nous est moins souvent offerte de la onstater. A vrai dire, si l'on devait considérer comme anifestation hystérique tous les accidents convulsifs our lesquels on est appelé près des enfants, si l'on devait rayer, par exemple, l'éclampsie infantile comme ntité morbide et en faire un syndrome hystérique omme le voulaient Chaumier, Ollivier, Magitot (Académie de médecine, séance du 28 juin 1892), si l'on devait considérer comme hystériques tous les enfants à aractère difficile, emporté, violent, aux pleurs et rires aciles, comme semble le comprendre Burnet en sa hèse inspirée par Ollivier (Th. Paris, 1891), les enants hystériques seraient légion, on en verrait vraiment trop; il ne faut pas tomber dans l'excès et voir les hystériques partout.

L'éclampsie infantile, à mon avis (c'était, du reste, 'opinion émise par Peter, Le Roy de Méricourt, etc., en cette séance du 28 juin 1892, en réponse aux assertions l'Ollivier et de Magitot), ne doit pas être rayée du cadre de la nosologie infantile, les convulsions dues à a dentition, aux vers intestinaux sont des convulsions dues à une action réflexe, convulsions qui ne relèvent en rien de la névrose, tout ce qu'on peut admettre, c'est qu'elles doivent naître plus aisément dans un terrain préparé, c'est-à-dire dans un terrain névropathique. Combien d'enfants ai-je rencontré présentant, vers un an, des crises éclamptiques qui, depuis, n'ont jamais indiqué le moindre syndrome hystérique. On comprendra difficilement qu'un enfant ayant eu un accès convulsif dans sa première enfance (si cet accès était de nature hystérique) puisse traverser la seconde et la troisième enfance sans donner plus jamais de signes évidents d'hystérie. Ce n'est pas ainsi que se comporte ordinairement cette névrose avec crises convulsives, mode d'accidents qui révèle une hystérie bien accentuée.

Pour résumer ma pensée, je dirai donc que si l'hystérie de l'enfance n'est point rare (les nombreux cas publiés l'indiquent) elle n'a certainement pas la fréquence par trop grande que veulent bien lui accorder certains auteurs qui appliquent trop aisément l'étiquette d'hystérie à des manifestations qui ne relèvent en rien de la névrose. Si l'impressionnabilité toute spéciale d'un jeune cerveau à peine formé le prédispose aux accidents hystériques, pour peu qu'il y ait de l'hérédité d'un autre côté, l'enfant, en raison précisément de son âge et de son intelligence rudimentaire, est soustrait à bien des causes qui, dans l'âge viril, peuvent faire éclater l'hystérie.

Ce qu'il gagne d'un côté il le perd donc de l'autre; aussi cette conclusion semblerait-elle assez justifiée: l'hystérie chez l'enfant n'est ni plus fréquente, ni moins fréquente qu'à tout autre âge de la vie.

(*La suite au prochain numéro*).

BIBLIOGRAPHIE

Gynécologie clinique et opératoire, par le Dr Schmeltz, de Nice. (Soc. d'édit. scientifiques, Paris, 1897.)

A. Reverdin (de Genève) dit à l'auteur « Vous me priez d'écrire une préface. La chose me paraît à peine nécessaire. Votre livre est fait sans prétention, il est clair, *contient de bonnes planches et n'a pas l'intention de ne dire que choses nouvelles.* — Il se borne à classer en décrivant, sans phrases longues, les instruments, les méthodes qui nous paraissent les meilleures.

J'ajouterai *cependant* que le praticien, trouvera, *sans peine* dans votre livre des renseignements utiles et précis et la description des procédés les plus nouveaux.

Il existe sans doute des ouvrages dans le genre du vôtre, mais la gynécologie fait de si rapides progrès que le livre de l'année qui passe est presque déjà vieux ; aussi ceux qui, comme eux, tentent de la mettre, facile, à la portée du grand nombre font œuvre utile. »

Qu'ajouterais-je à cette présentation de l'ouvrage de M. Schmeltz? M. A. Reverdin est trop bon juge pour n'avoir pas dit tout ce qu'il y avait à dire. Saura-t-on jamais ce qu'il a pensé même après avoir lu sa préface?

F. Verchère.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 11 octobre 1897. — Présidence de M. A. Chatin.

Note relative aux aptitudes saprophytes du bacille de la tuberculose, à ses affinités avec le bacille du typhus et le colibacille, et aux propriété immunisantes et thérapeutiques que possède ce bacille converti en saprophyte. — M. J. Ferran. Il est indiscutable que tous les microbes peuvent se multiplier dans les circumfusa : la vie parasitaire et les activités pathogènes sont chez eux de simples accidents qui n'ont rien d'essentiel ni de constant.

Très probablement aucun des microbes qui sont la cause de nos maladies n'est sans pouvoir se cultiver spontanément hors de nous. Cependant cette ubiquité, qui a été démontrée dans la majorité des espèces, n'a pas pu l'être pour quelques autres. Le microbe de la syphilis, celui de la lèpre, celui de la tuberculose et divers autres sont connus seulement comme ayant une vie parasitaire, et l'on croit leur reproduction impossible en dehors des conditions que leur offre l'organisme des animaux qu'ils infestent

Mes dernières recherches démontrent que le microbe de la tuberculose est aussi ubiquitaire, et qu'il est parasite et pathogène seulement *par accident*.

Quiconque se sera consacré, pendant quelque temps, à l'étude expérimentale de la tuberculose aura remarqué que son microbe présente de plus grandes difficultés que les autres, quand il s'agit de l'acclimater à un milieu différent de celui dans lequel il vivait; c'est pour cela que les premières cultures faites dans des milieux artificiels se développent si péniblement.

Dès le début, je supprimai complètement la peptone dans le bouillon de culture; puis je diminuai graduellement la glycérine et la glycose. Convaincu que c'est une habitude erronée que d'employer du bouillon très saturé de principes extractifs, je le prépare toujours d'une concentration moyenne, avec de la viande de bœuf. Ce à quoi je prends un soin spécial, c'est à ne le stériliser qu'à la température de 100° et non davantage, et à l'avoir toujours de préparation très récente et absolument privé de la petite quantité de glucose contenue d'habitude dans le bouillon ordinaire, et qui, comme on sait, provient de la viande ayant servi à sa préparation.

Au moyen d'une série plus ou moins longue de cultures dans un milieu récemment préparé, et chaque fois plus pauvre en glycérine et en glycose, on parvient à acclimater le bacille dans du bouillon ordinaire, c'est-à-dire dans du bouillon légèrement alcalin, stérilisé et dépourvu desdites substances; de la sorte, le bacille arrive à végéter à la température de 37° sans former pour ainsi dire des micodermes et des agglomérations compactes; dans ces conditions, la généralité des bacilles se développent complètement indépendant les uns des autres, surtout si l'on a soin d'agiter le matras une fois par jour; dans ce cas, les agglomérations, si elles se forment, sont constituées par un petit nombre de bactéries.

Le parfum de levure, si caractéristique des cultures classiques, se développe aussi, avec le temps, dans les premières cultures, faites en bouillon ordinaire; dans les suivantes, il devient très faible et finit par être imperceptible.

La faculté de retenir les couleurs basiques d'aniline, quand on le soumet à l'action des acides dilués, constitue pour ce bacille un caractère moins persistant que le précédent. Après un nombre plus ou moins grand de passage par le bouillon ordinaire, il arrive à perdre ses réactions colorantes caractéristiques.

La méthode de coloration que j'ai adoptée est celle de Lubomoff; comme décolorant, j'emploie l'acide sulfurique dilué au cinquième.

Avec la disparition graduelle de ces divers caractères coïncide l'acquisition des qualités qui lui permettent de s'adapter, mieux chaque fois, au bouillon ordinaire; dans cet état, l'ensemencement d'une goutte de culture dans 0 litres 5 de ce bouillon donne, en vingt-quatre heures, une végétation exhubérante à la température de 36°. Quand son acclimatation dans ce milieu est parfaite, il peut s'incuber à une température chaque fois plus basse, et à la fin, hors de l'étuve, à des températures comprises entre 10° et 20° C.

La forme du bacille subit parfois des changements notables : il n'a pas encore perdu complètement ses réactions colorantes et son parfum, quand il se montre flagellé et mobile; plus tard, il grossit un peu et forme des articles plus ou moins longs.

Pour abréger, nous dirons que, morphologiquement, on le confondrait avec la bacille du typhus. Cet aspect m'impressionna tellement, que je cultivai le bacille dans un bouillon lactosé et teint avec du bleu de tournesol, et j'obtins le rougissement de la matière colorante presque avec la même intensité que dans le matras témoin semé de colibacille.

Il suffisait, pour lever tous les doutes, que le nouveau microbe se montrât pathogène comme ses ancêtres; or injecté à des cobayes, il les a rendus tuberculeux, et l'examen des tissus tuberculisés permet de découvrir le bacille classique de la tuberculose sans qu'il lui manque un seul de ses caractères. L'inoculation de ces tissus reproduit la maladie en série indéfinie, mais avec moins de virulence que l'inoculation de crachats bacillaires.

Ces cultures, tuées par l'ébullition, produisent, de la granulie splénique ou hépatique qui peut occasionner la mort.

Dans un lot de vingt cobayes qui avaient reçu, dans l'espace de peu de jours, trois injections de 10 cc. chacune de culture morte, un mourut dans les vingt-quatre jours, et à l'autopsie, on trouva une granulie du foie et de la rate accompagnée d'hypertrophie de ces deux viscères. Quelques jours plus tard, dans le but de voir si ce phénomène était général, nous sacrifions un autre cobaye du même lot, et nous retrouvons la granulie splénique en voie de guérison.

Voici ce que nous pouvons dire relativement au pouvoir immunisant et curatif du bacille de la tuberculose, transformé de cette manière.

Si, prenant un lot de cobayes, on injecte sous la peau de chacun 10 cc. de cultures *mortes* de ce bacille, si l'on répète ces injections quatre à cinq fois, à des intervalles de six à sept jours, puis qu'on pratique deux injections de ces mêmes cultures vivantes, on arrive à immuniser ces cobayes suffisamment pour qu'ils puissent résister à des inoculations de crachats bacillifères qui tuberculisent et tuent les individus d'un autre lot égal, non soumis à ce traitement préventif.

Cultivé dans de certaines conditions, le bacille de la tuberculose exalte sa virulence d'une manière toute spéciale et acquiert des propriétés éminemment curatives, qu

peuvent être directement utilisées sans avoir à recourir auparavant à la production d'antitoxines ; il suffit d'injecter les cultures aux animaux tuberculeux pour les guérir. Je crois que ces mêmes cultures serviraient parfaitement pour la préparation d'une antitoxine spécifique, guérissant la tuberculose (1).

Je crois, par ce qui précède, prouver d'une manière évidente que le microbe de la tuberculose possède des aptitudes pour vivre dans des conditions très différentes de celles connues jusqu'à présent ; qu'il peut, en un mot, se développer dans la nature sans vivre nécessairement d'une vie parasitaire, et que, de plus, il possède certaines affinités avec le colibacille et avec le bacille du typhus.

Je crois aussi avoir démontré que le bacille de la tuberculose, transformé de cette manière, prévient ou guérit la tuberculose (2).

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 octobre 1897. — Présidence de M. Caventou.

La Correspondance comprend des lettres de MM. A. Cordeu, Béni-Barde et Vérité, candidats dans la section des associés libres.

La question du pain. — M. Riche communique de la part de M. Balland, correspondant de l'Académie, une note dans laquelle il développe cette idée que l'on pourrait atténuer la crise actuelle dans une certaine mesure sans diminuer, et même en l'augmentant, le pouvoir nutritif de la farine panifiable. M. Balland compare la farine et le pain trop blanc de Paris à la farine et au pain excellent que fournit aux hôpitaux l'administration de l'Assistance publique. Le blé traité à la boulangerie centrale de l'Assistance par le procédé des meules est bluté à 74 p. 100, c'est-à-dire que 100 kilos de blé fournissent 74 kil. de farine et 26 de son. La farine du commerce, dite première marque, est blutée à 60 p. 100, elle est très blanche mais plus hydratée et moins riche en éléments azotés, gras et minéraux que celle de l'Assistance. Avec le taux de blutage de l'Assistance, 100 kilos de blé fournissent environ 100 kilos de pain. Au taux du blutage parisien, 100 kilos de blé donnent 80 kilos de pain. Pour le taux de 65 à 70 p. 100 qui commence à se répandre dans les campagnes, 100 kilos produiront 87 à 93 kilos de pain. Il y aurait donc un grand intérêt à substituer dans les circonstances actuelles au blutage à 60 p. 100 celui de l'Assistance publique, on obtiendrait à la fois une plus forte proportion de pain et un pain plus nutritif que celui de la consommation actuelle. Cette modification aurait pour autre résultat d'atténuer les fraudes qui se manifestent d'ordinaire pendant les années de moindre production du blé, où on introduit dans les farines nouvelles une certaine proportion de riz.

Traitement chirurgical du glaucôme. — M. le professeur Thomas Jonnesco (de Bucarest). Depuis que le premier j'ai employé la résection du sympathique cervical dans le traitement du goitre exophtalmique et de l'épilepsie, j'ai cherché une nouvelle application de cette nouvelle opération. Je viens de le trouver dans le traitement d'une affection très fréquente et très grave de l'œil, affection contre laquelle, à l'heure qu'il est, il n'existe pas de véritable traitement curatif, il s'agit du *glaucôme*. Le 1er octobre dernier, j'ai pratiqué, pour la première fois, la résection bilatérale du ganglion cervical supérieur du sympathique sur un malade âgé de 50 ans, atteint d'un glaucôme double datant depuis six ans et ayant perdu complètement la vue depuis deux ans, avec atrophie commençante de la papille du nerf optique... Immédiatement après l'opération, le lendemain, la tension de l'œil, très supérieure à la normale avant l'opération, tombe au-dessous de la normale, la vue revient aussi, et le malade, dès le deuxième jour, a recouvert à tel point la vision qu'il peut se conduire seul et indiquer le nombre de doigts qu'on lui présente à 2 mètres de distance. Ce résultat immédiat se maintient encore aujourd'hui. J'ai répété encore deux fois cette nouvelle opération et les résultats obtenus permettent de dire qu'il s'agit là d'une excellente opération adressée à une affection très grave et encore déclarée incurable.

Appendicite herniaire. — M. Jules Bœckel communique une observation de hernie du cœcum et de l'appendice. Les lésions rencontrées au cours de l'opération nécessitèrent la création de l'anus cœcal, que l'auteur traita ultérieurement par l'entérorrhaphie.

Cette observation, unique peut-être en son genre, concerne un homme de 63 ans. Son intérêt réside dans le fait suivant. C'est qu'outre le cœcum en partie gangrené, on trouva dans le sac un appendice présentant toutes les lésions de l'appendicite : calculs stercoraux, suppuration, gangrène. C'est donc une véritable appendicite herniaire à laquelle on a eu affaire. M. Jules Bœckel, après avoir réséqué ces différents organes, se décida à pratiquer séance tenante un anus cœcal, estimant qu'il eût été dangereux de faire la suture immédiate de l'intestin. Il pratiqua cette deuxième opération trois semaines plus tard et guérit son malade au bout de huit jours. Les fonctions s'étaient rétablies dès le troisième jour par les voies naturelles; depuis lors, elles n'ont cessé de s'exécuter normalement.

M. Bœckel, en terminant sa communication, insiste sur la nécessité d'opérer les cas de ce genre en deux étapes successives, comme il l'a fait. Si l'opération est moins brillante, elle est plus sûre et c'est là l'essentiel.

Mobilisation mécanique continue. — M. Phocas (de Lille) préconise dans certaines ankyloses sur l'enfant une méthode qu'il propose d'appeler la *mobilisation mécanique continue*.

Sur un enfant atteint d'ankylose du coude traumatique, M. Phocas a appliqué avec M. Doumer un appareil attelé à un moteur hydraulique et on a pu ainsi prolonger les légers mouvements uniformes au coude, pendant un très long espace de temps (de deux à quatre heures). Le résul-

(1) Pour contrôler la vérité de cette supposition, j'ai commencé à hyperimmuniser des animaux, en suivant la méthode classique adoptée pour préparer les sérums anti-toxique«, dont l'utilité a sanctionné l'expérimentation dans la clinique humaine.

(2) Consignons un fait qui, après ce que je viens d'exposer, n'est pas sans avoir son importance. En examinant les déjections très fraîches de divers mammifères (vaches, chevaux, hommes), j'ai trouvé le colibacille doué des mêmes réactions colorantes que le bacille de la tuberculose. En frottant une lamelle couvre-objet avec ces déjections récentes, et en les teignant par la méthode de Lubomoff, on voit apparaître un bacille qui résiste à l'action décolorante des acides dilués (acide sulfurique au cinquième). Cette propriété ne persiste pas quand on cultive le bacille, et, de plus, dans les déjections mêmes, celui-ci la perd en quelques heures.

tat a été excellent et l'articulation a récupéré une bonne partie de ces mouvements.

Ce résultat nous a paru intéressant à faire connaître, car si je ne me trompe, il nous trace une voie facile à suivre et jette les bases d'une véritable méthode thérapeutique que j'appellerai la *mobilisation continue*. Comme la méthode de l'extension continue, c'est à la continuité de l'effort que nous demandons le succès.

Le peu d'amplitude des mouvements est racheté par leur nombre, leur durée, leur uniformité conditions qu'une machine seulement peut donner avec une véritable précision mathématique.

Pathogénie de la cirrhose. — M. Laborde. Les buveurs de vin exclusifs sont extrêmement rares aujourd'hui, et encore ils boivent un vin particulier dans lequel le vinage joue un rôle considérable, surtout du vin blanc.

M. Laborde continuera son argumentation dans la séance suivante.

M. Lancereaux. Aujourd'hui beaucoup d'ouvriers ne boivent pas moins de trois litres de vin par jour ; beaucoup qui n'ont jamais bu que du vin ont de la cirrhose. D'ailleurs mes observations remontent à quarante ans, à une époque où la consommation du vin était certainement plus exclusive.

Le vin contient de l'alcool, c'est évident, les buveurs de vin peuvent présenter des phénomènes d'intoxication par l'alcool, mais il y a des phénomènes produits par le vin lui-même, la pituite, les altérations de l'estomac, la cirrhose. Il y a des phénomènes complétement différents dans les deux cas. Il y a des cirrhotiques en Normandie et en Bretagne, c'est vrai, mais il y en a peu et beaucoup moins qu'à Paris. Il y a des cirrhoses en Amérique, mais en Amérique on boit du vin.

M. Vallin. La question n'est pas mûre, il faut continuer à observer dans les pays divers et c'est seulement quand la question sera complètement élucidée, qu'on pourra demander aux pouvoirs publics des mesures coercitives.

A 4 h. 10, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions de rapports de prix lus en séance.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 15 octobre 1897. — Présidence de M. Debove.

Cancer de l'estomac au début greffé sur un ulcère ; pylorectomie ; guérison. — M. Chaput présente un malade entré une première fois dans le service de M. Mathieu où il présenta tous les symptômes d'un ulcère de l'estomac, vomissements sanguins, hyperchlorhydrie, etc. ; un régime approprié amena une amélioration et le malade quitta l'hôpital. Il y revint quelque temps après, maigri, et le chimisme gastrique dénotait cette fois de l'hypochlorhydrie, de plus le malade présentait tous les signes d'une sténose pylorique. Il me fut adressé à l'hôpital de Bicêtre et je pratiquai sur lui la pylorectomie, avec anastomose de l'estomac avec le jejunum au moyen de mon bouton anastomotique. Après cette opération, le malade engraissa rapidement et put digérer tous les aliments, même les plus indigestes.

L'examen de la pièce pratiqué par M. Toupet montra qu'il s'agissait d'un ulcère ancien sur lequel commençait à se greffer un épithélioma.

M. Mathieu. Il est inutile d'insister sur l'intérêt clinique et anatomo-pathologique de cette observation, dans laquelle le microscope a montré qu'on avait extirpé un ulcère en voie de transformation épithéliomateuse, mais ce qui est également intéressant, c'est de dire quel a été le résultat consécutif. J'ai revu le malade plus de six mois après l'opération et l'état général s'était maintenu excellent. L'examen de son liquide gastrique m'a montré aussi qu'il y avait reflux de la bile dans l'estomac pendant la digestion sans que le processus digestif en soit troublé.

Œdème segmentaire des membres inférieurs. — M. Debove présente une jeune femme de 23 ans atteinte d'un œdème des membres inférieurs qui offre les particularités suivantes : 1° il est énorme ; 2° il est segmentaire, c'est-à-dire que certains segments du membre sont pris tandis que d'autres sont indemnes. Par exemple, la cuisse est fortement œdématiée alors que les fesses et les régions génitales sont indemnes ; le creux poplité est à peine envahi ; enfin, tandis que le mollet est œdématié, la région de l'articulation tibio-tarsienne ne l'est pas, 3° malgré cet œdème étendu la malade continue à marcher et même elle a gardé une certaine agilité.

La cause de cet œdème n'est pas facile à trouver. Cette malade est atteinte d'un rétrécissement mitral, mais le fonctionnement du muscle cardiaque est parfait ; il n'y a pas d'asystolie. Les reins fonctionnent normalement. Enfin il n'existe aucun stigmate hystérique chez cette malade, ce qui rend difficile le diagnostic d'œdème névropathique.

M. Mathieu. J'ai publié plusieurs faits qui, dans une certaine mesure, se rapprochent du précédent. Il s'agissait de malades atteints d'un œdème des membres inférieurs également segmentaire, chez des cardiaques nullement en asystolie. Mes malades avaient souffert de sciatique ; aussi, me basant sur ce fait, j'avais pensé qu'il s'agissait d'œdèmes d'origine nerveuse et j'avais cru pouvoir rapprocher ces œdèmes névropathiques des pseudo-lipomes dont l'origine névropathique a été établie par M. Potain.

Rupture de l'aorte hématome sous-pleural. — MM. Thoinot et H. Bernard ont observé récemment un cas de mort subite chez un homme de 77 ans, en pleine santé apparente. La mort est due à la rupture de l'aorte au niveau de la crosse ; la perforation s'est faite sur une des rares plaques athéromateuses de la paroi du vaisseau et a donné lieu à un anévrisme disséquant ; le sang a fusé entre la tunique moyenne et la tunique externe, puis a passé dans le médiastin ; d'autre part, suivant la sous-clavière gauche, il a décollé la plèvre costale et s'est creusé là une vaste poche qu'il a remplie, elle contenait 1 700 cc. de sang. La cause déterminante de la rupture a été une violente émotion.

Nous n'avons pu retrouver dans la science que cinq cas semblables. Dans tous ces cas il y avait des douleurs abdominales vives probablement dues à l'irritation du plexus solaire par le sang qui a fusé le long de l'aorte abdominale ; dans deux de ces cas très intéressants il y avait rétrécissement du vaisseau, congénital dans un cas, pathologique sans doute dans l'autre.

Hémi-hyperesthésie névro-musculaire. — M. Jacquet présente un malade atteint d'*hémi-hyperesthésie névro-musculaire* localisée au membre supérieur gauche. C'est un alcoolique, mais les troubles nerveux qu'il présente ne rappellent ni la localisation, ni l'évolution des myodynies d'origine alcoolique. Il est difficile également de les mettre

us la dépendance de l'hystérie bien qu'il existe un léger gré d'hémi-anesthésie et d'hémi-parésie. Dans l'hystérie, effet, ce n'est pas l'hyperesthésie musculaire qui est bituelle, mais bien l'anesthésie. Dans ces conditions, il t bien difficile d'affirmer la nature des troubles nerveux ont ce malade est atteint.

Pseudo-lipomes. — M. Dalché présente un malade qui orte au niveau des parotides, du corps thyroïde, derrière occiput, dans le pli de l'aine, dans les aines, des tumeurs e volume variable, les unes élastiques, les autres molles appelant la consistance des pseudo-lipomes. En plus, on onstate chez ce malade une infiltration adipeuse localisée ux grands droits de l'abdomen et aux masses pectorales. La nature de ces tumeurs est difficile à apprécier.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

(11e *session, tenue à Paris du* 18 *au* 23 *octobre* 1897.)

La onzième réunion de l'Association française de chirurgie a commencé lundi 18 octobre dans le grand Amphithéâtre de la Faculté de médecine.

M. le Dr Gross, professeur à la Faculté de Nancy, président, dans un discours très applaudi, a montré tout le parti que la chirurgie devait retirer de la fluoroscopie et de la radiographie. Il a énuméré les deuils subis, dans l'année qui vient de s'écouler, par l'Association.

M. Lucien Picqué, secrétaire général, a remercié les confrères qui avaient bien voulu se charger de faire les rapports sur les questions mises à l'ordre du jour, et a constaté le succès toujours grandissant de l'Association.

Epithéliomes branchiogènes du cou et épithéliomes aberrants de la thyroïde (Epithéliomes para-thyroïdiens). — M. P. Berger. On trouve dans la région latérale profonde du cou des tumeurs cancéreuses qui sont manifestement des tumeurs primitives ainsi que le prouve l'absence de toute lésion analogue siégeant dans les organes voisins, tumeurs dont le développement d'ailleurs ne s'est pas fait dans les ganglions lymphatiques de la région. Elles sont en connexion intime avec la gaîne des vaisseaux particulièrement avec la veine jugulaire, et ce caractère avait déterminé Langenbeck, dès 1861, à en faire une classe à part sous le nom de tumeurs de la gaine reprise par Carl Regnault (*Arch. f. klin. chir.*, 1887) ne donne aucune lumière sur le point de départ anatomique et sur l'origine réelle de ces néoplasmes. Ce fut, en 1882, que Volkmann, se fondant sur leur indépendance des couches épithéliales qui entrent dans la constitution des organes voisins, fut amené à penser qu'elles procédaient des germes épithéliaux qui restent profondément inclus dans les tissus au moment de l'oblitération des fentes branchiales, et les plaça comme tumeurs branchiales, à côté des kystes et des chondromes qui reconnaissent la même origine. Des exemples de *carcinomes branchiogènes* du ty- Volkmann furent observés et décrits par Quarry Silcock, par Reverdin et Mayar, par Lejars ; malgré ces observations l'existence des carcinomes branchiogènes ne reposait que sur une hypothèse quand Henri Richard publia, dans les *Beitræge zur klin. chir.*, en 1888, un certain nombre de faits recueillis à la clinique de Bruns et dans lesquels l'origine branchiale de la tumeur était prouvée par le développement du cancer aux dépens d'un kyste congénital du cou transformé en fistule. En 1892 enfin, à l'occasion du jubilé de Billroth, Gussenbauer publia un important travail sur ce sujet, où huit observations nouvelles de ce genre de tumeurs s'étaient rapportées.

L'épithéliome branchiogène de Volkmann est essentiellement constitué par de l'épithéliome pavimenteux prouvant, par sa forme anatomique, la connexion originelle qui l'unit aux épithéliomes de revêtement externe ; le second point caractéristique est l'indépendance de la tumeur d'avec les organes voisins : larynx, pharynx, œsophage, thyroïde, glandes lymphatiques, à moins que celles-ci ne soient envahies secondairement ; le dernier caractère est l'adhérence intime à la gaine des vaisseaux et à la veine jugulaire qui a dû être enlevée avec la tumeur dans toutes les observations connues d'exérèse.

Nous allons démontrer qu'il est d'autres cancers, participant à ces deux derniers caractères, ayant donc les connexions et les apparences des épithéliomes branchiogènes et qui se distinguent nettement de ceux-ci par leur structure et par leur origine anatomique. Voici le fait qui nous a permis de l'établir.

Une femme de 26 ans est admise dans mon service, en février, avec une tumeur cancéreuse ulcérée du cou. Cette tumeur du bord inférieur de la mâchoire arrive à la clavicule et au sternum qu'elle déborde : elle s'étend de la nuque, où elle pénètre profondément sous les muscles, à la ligne médiane antérieure au niveau de laquelle elle déjette la trachée et le larynx en sens opposé. Elle est profonde mais indépendante des organes de la région sur lesquels elle est mobile. Fluctuante en arrière, elle présente en avant un envahissement manifeste de la peau et des ulcérations végétantes caractéristiques ; par ces ulcérations se font des hémorrhagies qui mettent la vie en danger. Cette tumeur, d'abord profonde, a mis six ans à s'accroître peu à peu ; elle ne peut être considérée que comme un épithéliome et je soulève l'hypothèse d'une origine embryonnaire se rattachant au développement de la région.

Ablation de la tumeur le 13 février ; au cours de l'opération, qui fut excessivement difficile, on constate l'indépendance absolue de la trachée, du larynx, de l'œsophage, de la thyroïde qui sont intacts ; la fusion complète de la tumeur avec la jugulaire interne qu'il faut enlever dans toute sa longueur, en dénudant dans la même étendue la carotide et le pneumo-gastrique en arrière et en haut, la tumeur envoie un prolongement résistant en arrière de la carotide interne jusque vers l'apophyse styloïde.

La guérison se fit sans incidents, mais lentement en raison de l'étendue de la perte de substance des téguments qu'il avait fallu créer. La malade est, au bout de huit mois, encore sans récidive.

La tumeur était formée de masses de consistance et d'aspect gélatineux ; ces masses, formées par l'accumulation d'un très grand nombre de grains disposés sans ordre, sont creusées par places de cavités kystiques dont quelques-unes sont très volumineuses.

Résumé de l'examen histologique, pratiqué par M. le Dr Fernand Besançon : la tumeur est essentiellement constituée par des vésicules, indépendantes les unes des autres, présentant l'aspect et les caractères des vésicules du corps thyroïde, une couche unique d'épithélium cubique ou cylindrique, un contenu colloïde, séparé par places du revêtement cellulaire par les produits de sécrétion des cel-

lules. Dans l'intérieur de ces vésicules font saillie des végétations constituées au centre par un tissu conjonctif en continuité avec le stroma fibreux de la tumeur, à la surface par l'épithélium du revêtement du follicule refoulé dans la cavité par la prolifération du tissu conjonctif.

Ces masses épithéliales s'enfoncent dans le tissu cellulaire ambiant qui présente des lésions d'irritation chronique ; on y retrouve les premières ébauches de ces formations épithéliales sous forme de boyaux cellulaires pleins, ne renfermant pas encore de cavités.

Le tout représente absolument les caractères que Cornil a décrits, en 1875, comme ceux de l'épithéliome du corps thyroïde, et rappelle la structure des tumeurs que Wölfler a désignées sous le nom d'adénomes malins, Hinterstoisser d'adéno-carcinomes de cette glande. La tumeur à laquelle nous avions affaire était incontestablement un épithéliome thyroïdien ayant pris son origine en dehors de la glande thyroïde elle même.

Nous avons recherché si, dans la littérature, nous trouverions des faits de cet ordre : parmi les observations de Gussenbauer il en est deux qui nous paraissent devoir être rapprochés de la nôtre ; l'analogie est plus grande encore avec trois faits communiqués en 1887 à la Société pathologique de Londres par Frederik Treves.

Comment peut-on se représenter le mode de développement de ces tumeurs ? Nous savons que dans la région latérale profonde du cou l'on observe de véritables *ectopies*, de tissu thyroïdien ; Madelung, en 1879, plus récemment Ssalitschew ont réuni un certain nombre de cas. Ces thyroïdes accessoires latérales sont dues à une déviation du bourgeonnement épithélial qui, suivant His et Born, forme les lobes latéraux du corps thyroïde, de même que les anomalies du *ductus thyreoglossus* donnent naisssance aux thyroïdes accessoires médianes antérieures et intralaryngées et aux kystes qui en dérivent (Streckeisen, *Virchow's Archiv.*, 1886, C: III, p. 131). Il n'y a rien d'étonnant à ce que les transformations néoplasiques qui peuvent se produire dans la glande thyroïde principale se développent dans ces lobes aberrants : il n'y a surtout rien que de très conforme aux idées actuellement reçues sur l'origine des tumeurs à admettre qu'un épithéliome, un adéno-carcinome analogue à ceux de la thyroïde, puisse se développer aux dépens des débris épithéliaux para-thyroïdiens qu'une aberration formatrice a semés dans le tissu cellulaire profond du cou, comme les épithéliomes des os maxillaires se développent aux dépens des débris para-dentaires de Malassez, comme les épithéliomes branchiogènes de Volkmann procèdent des débris épithéliaux des fentes branchiales.

Ainsi l'on doit désormais dans les épithéliomes profonds du cou, dans les tumeurs de la gaine vasculaire de Lagenbeck, distinguer deux variétés anatomiques distinctes, ayant une origine embryogénique comparable mais non identique : les épithéliomes branchiogènes et ceux auxquels nous donnons le nom d'épithéliomes thyroïdiens aberrants.

L'histoire de notre malade montre que ces deux espèces forment une même famille clinique ayant des caractères qui lui sont propres ; mais l'examen histologique seul peut les faire reconnaître l'une de l'autre. Elle démontre en outre que malgré les difficultés de l'extirpation, celle-ci présente des chances de succès et qu'elle doit être conseillée.

(*A suivre*).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'affaire de Charonne.

Le procès du Dr Laporte s'est déroulé hier et avant-hier devant la neuvième Chambre correctionnelle, et c'est demain seulement, vendredi, que sera rendu le prononcé du jugement. Tout autre résultat qu'un acquittement serait monstrueux et nous espérons bien que notre confrère sortira du prétoire la tête haute, comme d'ailleurs il y est entré.

Quelle qu'en soit l'issue, cette affaire n'en restera pas moins dans l'esprit de bien des médecins, de bien des citoyens quelconques, comme un cauchemar en nous montrant ce que vaut tout cet énorme appareil de la justice tel qu'il fonctionne encore à l'heure actuelle, non pas dans un pays arriéré et barbare, mais hélas ! chez nous. Il suffit que deux commères rencontrent un juge d'instruction bien disposé pour faire flanquer en prison un homme parfaitement honorable, dont la vie a toujours été exempte de reproches et qui, cette fois encore, n'a absolument rien à se reprocher. On le flanque en prison d'emblée, en lui enlevant par le fait même tout moyen de se défendre ; on n'osera pas rétablir pour lui la torture matérielle parce qu'elle n'est plus possible, on ne le soumettra pas au carcan ou au pal, on fera bien pis et on tournera la question en le soumettant à une véritable torture morale, de telle sorte que le pauvre homme, affaibli et constamment harcelé par le juge, finira par laisser échapper dans sa détresse des mots quelconques que l'on considèrera aussitôt comme des aveux. Cette prison préventive, surtout dans de pareilles conditions, est épouvantable et je ne crois pas qu'on trouve ailleurs, dans nos mœurs, en dehors des choses de justice, d'autres exemples plus marqués de cette barbarie.

L'arrestation et l'incarcération du Dr Laporte, contrairement à toute justice, n'est d'ailleurs pas un fait isolé et tout citoyen français est exposé à pareille aventure. Il n'y a même pas à espérer qu'en cas d'erreur par trop évidente la magistrature reprenne rapidement son sang-froid. Alors qu'il était bien certain pour tout le monde que le Dr Laporte ne pouvait avoir eu aucune intention criminelle, on n'a consenti à le relacher que moyennant une caution de deux mille francs et si le syndicat des médecins de la Seine n'avait pris l'heureuse initiative de verser cette somme, le Dr Laporte aurait passé directement de sa cellule de Mazas devant la barre du tribunal.

Là l'accusation va chercher un argument dans ce qu'elle appelle les renseignements de police. La police va demander son opinion sur vous à votre concierge. Selon que le cerbère aura la patte plus ou moins bien graissée il donnera sur votre caractère, sur votre valeur professionnelle des renseignements plus ou moins favorables. N'est-ce pas monstrueux ?

Nous ne résumerons pas ce long débat, tous les journaux politiques l'ont donné avec de nombreux détails ; nous aurions d'ailleurs à faire d'un bout à l'autre des réflexions aussi lamentables. L'interrogatoire de M. le président Richard vaudrait cependant d'être conservé comme une perle. Les deux voisines qui arguent de leur compétence parce qu'elles se sont trouvées déjà près d'autres femmes qui accouchaient et qui de la pièce à côté jugent de la conduite du médecin, n'espéraient peut-être pas que l'accusation

acherait une telle importance à leur science et à leur ent.

La question des experts prête également à d'amères lexions et c'est là un point sur lequel il faudra bien venir. Il est plus agréable d'envisager la conduite du rps médical dans son ensemble et d'y trouver des sujets consolation. Le premier dans la presse médicale et plueurs jours avant nos confrères, alors que seule encore la esse politique avait hurlé, nous avons dit de l'affaire de aronne ce que nous pensions, ce qui restera certainement vérité, mais toute la presse médicale a bientôt et vigouusement suivi. Le syndicat des médecins de la Seine, le nseil général des sociétés médicales d'arrondissement, n grand nombre de sociétés médicales ont fait de leur ieux pour notre confrère. A l'audience, le Dr Ducor, crétaire général de la société médicale du XVIIIe arronssement à laquelle appartient le Dr Laporte, le Dr Berod, président du syndicat, ont habilement déposé en aveur de notre confrère ; enfin le prof. Pinard, dont on nnaît l'éloquence, a été superbe. L'acquittement s'impose, ais la justice elle-même la magistrature, qui l'acquittera e tous ces méfaits ?

A. Chevallereau.

La société médicale du Louvre, dans sa séance de mardi oir 19 octobre, a pris la délibération suivante :

« La Société médicale des Ier et IIe arrondissements proeste contre l'incarcération du Dr Laporte avant toute nquête et sans que les faits puissent justifier une violation ussi grave de la liberté individuelle.

Considérant en outre que le Dr Laporte a agi dans un cas 'urgence et dans la plénitude des droits que lui confère on diplôme, lui témoigne toute sa sympathie. »

NOUVELLES

Hopitaux de Paris. — Concours de l'internat. Le conours de l'internat des hôpitaux de Paris s'est ouvert lundi 8 octobre. La question sortie de l'urne à été la suivante : « Plèvres. — Cancer de l'œsophage ».

Questions restées dans l'urne : Nerf radial ; phlegmon diffus. — Duodénum ; séméiologie de l'ictère chronique.

Le jury définitif est le suivant : MM. Chauffard, Toupet, Launois, Duguet, Faure, Blum, Demoulin, Quénu, Porak, Lepage.

La réforme du concours des hopitaux. — A l'issue de sa dernière séance la Société médicale des hôpitaux s'est réunie en comité secret pour nommer une commission chargée d'étudier la question de la réforme du concours des hôpitaux. Cette commission se compose de :

M. Dumontpallier, président ; M. de Gennes, secrétaire-rapporteur ; MM. Huchard, Danlos, Gingeot, A. Robin, Merklen, Ed. Hirtz, Siredey, Joffroy, Letulle, Chauffard, Gaucher, Marfan, Achard, Widal, Faisans, Florand, Variot, membres. En tout 21 commissaires. C'est peut-être beaucoup, le travail utile d'une commission quelconque étant le plus souvent en raison inverse du nombre de ses membres. Celle-ci, nous l'espérons, tiendra à démontrer le contraire.

D'autre part, une enquête est faite parmi les candidats pour leur demander leurs *désiderata*. Comme le disait plaisamment l'un d'eux : « Il s'agit de savoir à quelle sauce nous préférons être accomodés ». La Société des *Médecins du Bureau central* a convoqué les candidats à une réunion qui aura lieu le 26 courant. Nous ferons connaître, en temps utile, les solutions définitives, qui auront été proposées et surtout votées. (*Bull. méd.*)

Infirmerie de Saint-Lazare. — Concours pour l'admission a un emploi de médecin suppléant a l'infirmerie spéciale de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare.

Le Préfet de police,

Vu l'article 2 de l'arrêté de M. le ministre de l'Intérieur en date du 12 décembre 1888, d'après lequel le cadre du personnel médical de l'infirmerie spéciale de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare doit comprendre trois médecins titulaires et un médecin suppléant ;

Vu la vacance d'un emploi de médecin suppléant ;

Vu l'article 2 de l'arrêté ministériel du 12 janvier 1894 ;

Vu l'arrêté ministériel du 25 août 1897 fixant au 29 novembre prochain l'ouvèrture d'un concours destiné à provoquer la désignation d'un médecin suppléant à l'infirmerie spéciale de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare ;

Sur la proposition du secrétaire général ;

Arrête :

MM. les docteurs qui désireront prendre part au concours du 29 novembre 1897, se feront inscrire à la Préfecture de Police (Service du Personnel. — Caserne de la Cité).

Le registre d'inscription sera ouvert le 11 octobre à midi et clos le 30 octobre à 4 heures.

Tout candidat devra justifier de la qualité de Français et du titre de docteur d'une des Facultés de médecine de l'État. Il devra être âgé de 25 ans au moins. Il devra joindre à sa demande l'extrait de son acte de naissance, ses diplômes, l'indication de ses titres scientifiques et hospitaliers, ses états de service, s'il y a lieu, et tous autres documents qu'il jugerait utile de présenter.

Aussitôt après la clôture de la liste d'admission, il sera procédé à la constitution du jury. La liste des membres de ce jury sera communiquée aux candidats admis qui en feront la demande.

Tous liens de parenté ou d'alliance entre un des concurrents et un membre du jury devraient être signalés à l'administration en vue de la modification de ce jury.

Le concours consistera en trois épreuves d'admissibilité et deux épreuves définitives.

Epreuves du concours. — 1° Epreuve théorique orale sur un sujet de pathologie interne, de gynécologie ou d'obstétrique (leçons de 20 minutes après 20 minutes de préparation).

2° Epreuve théorique de pathologie spéciale (leçon de 10 minutes après 10 minutes de préparation).

3° Epreuve de titres scientifiques et hospitaliers.

Les deux épreuves définitives auxquelles il ne sera admis que trois candidats, sont :

1° Une composition écrite sur un sujet concernant les affections vénériennes (trois heures sont données pour cette composition).

2° Une épreuve orale de diagnostic sur deux malades (exposé de 20 minutes, après examen de 20 minutes au lit des malades).

Pour les épreuves orales, la note maxima sera de 20 points. Elle sera de 30 points pour l'épreuve écrite.

Hôpitaux de Paris. — Pharmaciens. — Par arrêté ministériel en date du 20 septembre 1897 :

M. François (Raymond-Maurice-Ernest) est nommé pharmacien de l'hôpital Broca.

M. Bichaud (Albert-Alexandre-Louis) est nommé pharmacien de l'hospice d'Ivry.

Corps de santé des colonies. — Par décret, en date du 6 octobre 1897, ont été promus dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat, pour prendre rang à compter de la même date, savoir :

Au grade de médecin inspecteur de deuxième classe. — M. le médecin en chef de première classe Grall.

Au grade de médecin en chef de première classe. — M le médecin en chef de deuxième classe Primet.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. le médecin principal Gallay.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe Hébrard, Capus, Fontaine et Lemoine.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Nogué, Burdin, Hazard, Lairac, Lefel, Ozanam et Maclaud.

Journaux de médecine. — Nous recevons le premier numéro du *Journal de médecine interne*, paraissant le 1er et le 15 de chaque mois, sous la direction scientifique de M. Lancereaux, Dr Besançon, rédacteur en chef. Ce journal sera certainement très précieux à tous ceux qui voudront être au courant des idées du très savant et très éminent clinicien qu'est M. Lancereaux.

Académie des sciences. des arts et belles-lettres de Caen. — prix a décerner en 1990. — *Prix Le Sauvage : 2000 fr.* — Recherche et étude des vers parasites susceptibles d'être introduits par l'alimentation dans le corps humain.

Étude histologique des altérations qu'ils peuvent déterminer dans l'organisme.

Moyens de défense de l'organisme contre leur introduction et leurs ravages.

Indications thérapeutiques et hygiéniques.

N.-B. — Les mémoires, *écrits en français*, devront être envoyés *franco* au Secrétaire de l'Académie, le 31 décembre 1899, au plus tard.

— Chaque manuscrit devra porter une devise, laquelle sera répétée sur un pli *cacheté* contenant le nom de l'auteur.

— Les membres titulaires de l'Académie ne peuvent prendre part à ce concours.

Le Secrétaire de l'Académie des sciences, arts et belles-lettres de Caen. Armand Gasté, 16, rue Jean-Romain.

Enseignement populaire supérieur de la ville de Paris. — Les cours ont recommencé le lundi 18 octobre, dans la Salle des Prévôts, à l'Hôtel-de-Ville.

Cours du premier semestre. — *Histoire de Paris* (M. Monin, professeur d'histoire et de géographie au Collège municipal Rollin), les lundis et jeudis, à 8 h. 1/4 du soir.

Biologie (M. le Dr Retterer, professeur agrégé à la Faculté de médecine), les mardis et vendredis à 8 h. 1/4 du soir.

Anthropologie (M. le Dr Verneau, professeur à l'Ecole Coloniale, assistant au Muséum), les mercredis et samedis, à 8 h. 1/4 du soir.

Hygiène sociale (M. le Dr A.-J. Martin, inspecteur général de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation) les jeudis à 9 h. 1/4 du soir.

— On demande un médecin à Saint-Martin-en-Bresse (Saône-et-Loire). Excellent poste à prendre de suite dans d'excellentes conditions. S'adresser à l'*Agence de la Presse scientifique*, 93, boulevard St-Germain le soir, de 2 à 3 heures.

— On demande un médecin à Mareuil-sur-le-Lay (Vendée). S'adresser à l'*Agence*.

— On demande un Étudiant en Pharmacie qui serait désireux de faire quelques mois de stage dans un petit bourg d'un département de l'Est. S'adresser à l'*Agence*.

Nécrologie. — Le Dr Spire, médecin-major en retraite, décédé à Nancy. — Le Dr Maxime de Thuir (Pyrénées Orientales) reçu en 1875. — Le Dr Paliard, de Lyon, reçu en 1889. — Le Dr Pomier, de Pau, reçu en 1870.

La mortalité à Paris. — Pendant la quarante-et-unième semaine, du 9 au 16 octobre 1897, le service de la statistique a compté 817 décès, chiffre très supérieur à celui de la semaine dernière 762 et même à la moyenne 818. Il y a donc agravation de l'Etat sanitaire. On ne constate cependant pas d'augmentation du côté des affections épidémiques (12 au lieu de 14 et de la moyenne 33), la fièvre typhoïde a causé 7 décès comme la semaine dernière au lieu de la moyenne 10, la coqueluche 2 au lieu de 3 et de la moyenne 5, la diphtérie 3 comme la semaine dernière au lieu de la moyenne 10.

Il n'y a eu de décès ni par variole, ni par typhus, ni par scarlatine, ni par rougeole, ni par influenza.

La diarrhée infantile (athrepsie, etc.), a causé 35 décès au-dessous de 1 an au lieu de 44 et de la moyenne 49.

En outre 21 enfants sont morts de débilité congénitale.

Les maladies inflammatoires des organes de la respiration ont causé 71 décès (au lieu de 72 pendant la semaine précédente et au lieu de 111, moyenne ordinaire de la saison). Ce chiffre se décompose ainsi qu'il suit : Bronchite aiguë, 14 décès (au lieu de la moyenne 4 ; bronchite chronique 20 décès (au lieu de la moyenne 18) ; bronchopneumonie, 21 décès (au lieu de la moyenne 25) ; pneumonie 16 décès (au lieu de la moyenne 25). Les autres maladies de l'appareil respiratoire ont entraîné 43 décès, dont 26 sont dus à la congestion pulmonaire.

La phtisie pulmonaire a causé 165 décès au lieu de la moyenne 181 ; la méningite tuberculeuse, 17 décès ; la méningite simple, 20 ; les tuberculoses autres que celles qui précèdent ont causé 25 décès ; l'apoplexie, la paralysie et le ramollissement cérébral, 70 décès, et les maladies organiques du cœur, 78 ; le cancer a fait périr 58 personnes. Enfin, 42 vieillards sont morts de débilité sénile.

Il y a eu 20 suicides, et 6 autres morts violentes.

LYMPHATISME, SCROFULE, RACHITISME : Fucoglycine Gressy.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

SACCHAROLÉ de quinquina **VIGIER**, 1 cuillerée à café au repas.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone.*